FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

694

ANNÉE 1967

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHABANNAIS Jean

Né le 24 Février 1940, à NANTES (44)

Présentée et soutenue publiquement à Paris, le 16 Juin 1967

PANNICULITÉ MÉSENTÉRIQUE ET AFFECTIONS DU PANCRÉAS

Président: Monsieur DEBRAY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHABANNAIS Jean

Né le 24 Février 1940, à NANTES (44)

Présentée et soutenue publiquement à Paris, le 16 Juin 1967

PANNICULITÉ MÉSENTÉRIQUE ET AFFECTIONS DU PANCRÉAS

Président: Monsieur DEBRAY, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (MlleJ.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Georges BROUET

Ier ASSESSEUR : Daniel BARGETON - 2e ASSESSEUR : Jean GOSSET

I. - PROFFESSEURS

Iº CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.	
Anatomie	DELMAS	(A.)
—	HUARD	(P.)
Anatomie et cytologie path.	DELARUE	(J.)
Anesthésiologie	VOURC'H	(G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER	(P.)
Biochimie médicale	JAYLE	(M.-F.)
—	POLONOVSKI	(J.)
—	DESGREZ	(P.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC	(J.)
Biologie médicale	FAUVERT	(R.)
Biophysique médicale	BUGNARD	(L.)
—	DOGNON	(A.)
—	DJOURNO	(A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE	(G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA	(G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE	(J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY	(Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS	(H.)

.../...

Histologie et Embryologie	COUJARD	(R.)
Hygiène et méd. prévent.....	BOYER	(J.)
Médecine du Travail	DESOILLE	(H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	DEROBERT	(L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE	(R.)
Parasitologie	N....	
Pathologie chirurgicale	LAURENCE	(G.)
-	KUSS	(R.)
-	VERNE	(J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT	(L.-C.)
Pathologie expér. et comp.....	MERKLEN	(F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE	(Cl.)
-	BRICAIRE	(H.)
-	PEQUIGNOT	(H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF	(J.)
Pathologie et thér. génér.....	MAURICE	(P.)
Pharmacologie	BOISSIER	(J.-R.)
-	LECHAT	(P.)
Physiologie	BARGETON	(D.)
-	PARROT	(J.)
Physiologie et path. obst.....	LEPAGE	(F.)
Radiologie médicale	DESGREZ	(H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....	N....	
Thérapeutique	LAMOTTE	(M.)
Thérapeutique appliquée	N....	

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie	CABROL	(Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER	(G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF	(Ch.)
Bactériologie	BARBIER	(P.)
Biochimie médicale	DREYFUS	(J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE	(F.)
Parasitologie	LARIVIERE	(M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER	(J.)
Physiologie	DEJOURS	(P.)
	SCHERRER	(J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN	(L.)
	GOUGEROT	(L.)
	ROUCAYROL	(J.-Cl.)
	TUBIANA	(M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD	(H.)

.../...

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :		MM.	
- carcinologique		DENOIX	(P.)
- carcinologique chirurg. (Necker)		REDON	(H.)
- cardiol. (Broussais)		SOULIE	(P.)
- cardiol. (Boucicaut)		LENEGRE	(J.)
- chirurgicales : Beaujon		LORTAT-JACOB (J.-L.); BAUMANN (J.)	
	Cochin	LEGER	(L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL	(J.)
	Saint-Antoine ..	GOSSET	
	Salpêtrière ...	SICARD	(A.)
	Tenon	OLIVIER	(Cl.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE	(R.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch).....		PADOVANI	(P.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon)		CAUCHOIX	(J.)
- chirurg. infant. et orthop. (Enfants-Malades)		FEVRE	(M.)
- chirurgie cardio-vascul. (Broussais)		DUBOST	(Ch.)
- chir. thorac. (Laennec).....		MATHEY	(J.)
- dermatol. (Saint-Louis).....		DUPERRAT	(F.)
- endocrinolog. (Pitié)		DECOURT	(J.)
- Génét. médic. (Enfants-Malades)		LAMY	(M.)
- chir. et gynéc. (Broca).....		HUGUIER	(J.)
- maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis).....		DEGOS	(R.)
- maladies des enfants (Enfants Malades)		TURPIN	(R.)
- malad. infect. (Claude Bernard)		MOLLARET	(P.)
- malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne)		DELAY	(J.)
- maladies du sang (Broussais)...		BERNARD	(J.)
- malad. du système nerveux (Salpêtrière).....		CASTAIGNE	(P.)
- médicales : Bicêtre		DEPARIS	(M.)
Broussais		MILLIEZ	(P.)
Cochin		N....	
Hôtel-Dieu.....		BARIETY	(M.)
Piété.....		DREYFUS	(G.)
Saint-Antoine.....		CONTE	(M.) ; KOURILSKY (R.);
		BOUDIN	(G.)

.../...

- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
- médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)..... MARIE (J.)
- médicale propédeutique (Broussais) JUSTIN-BESANCON (L.)
- médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu)..... DEROT (M.)
- néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
- neuro-chirurgie (Pitié)..... DAVID (M.)
- neurolog. (Salpêtrière)..... GARCIN (R.)
- obstétricales : Baudelocque ... LACOMME (M.)
  Saint-Antoine.. MERGER (R.)
- obstétricale et gynécol. (Port-Royal)..... VARANGOT (J.)
- ophtalmol. (Hôtel-Dieu)..... OFFRET (G.)
- ophtalmolog. (Cochin)..... BREGEAT (P.)
- oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)..... AUBRY (M.)
- pédiatrie (Trousseau)..... MOZZICONACCI (P.)
- pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)..... THIEFFRY (S.)
- pneumo-phtisiologie (Laennec)... BROUET (G.)
- neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)..... MICHAUX (L.)
- rhumatologie médicale et sociale (Cochin)..... COSTE (F.)
- rhumatol. (Lariboisière)..... SEZE (S. DE)
- stomatol. (Salpêtrière)..... DECHAUME (M.)
- thérap. chirur. (Vaugirard).... ROUX (M.)
- thérapeutique médicale (Saint-Antoine)..... LEMAIRE (A.)
- toxicologique (Widal)..... GAULTIER (M.)
- traumat. et orthopédique (R. Poincaré)..... JUDET (R.)
- urologique (Cochin)..... ABOULKER (P.)
- urologique (Necker)..... COUVELAIRE (R.)

Hygiène et clinique de la Ière enfance (Trousseau)..... LAPLANE (R.)

Séméiologie médicale (A. Chantin) DOMART (A.)
- (Lariboisière)..... BOUVRAIN (Y.)
- (Pitié)..... RAMBERT (P.)
- (Rothschild)..... WOLFROMM (R.)

Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)..... POILLEUX (F.)

.../...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hématologie	ANDRE	(R.)
	BOUSSER	(J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON	(A.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN	(R.)
Médecine : AZERAD (E.) - BOUR (H.) - CAROLI (J.) - DREYFUS (B.) - GROSSIORD (A.) - LAMBLING (A.) - LAUNAY (Cl.) - PAYET (Cl.) - PERRAULT (M.) - SIGUIER (F.) - WORMS(R.).		
Néphrologie	RICHET	(G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU	(J.)
Neurologie	LHERMITTE	(F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT	(P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO	(R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI	(Cl.)
	ROYER	(P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS	(B.)
	MEYER	(A.)
Rhumatologie	DELBARRE	(F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.	
Anatomie pathologique	GOUYGOU	(Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL	(D.)
Biochimie médicale	CARTIER	(P.)
	GONNARD	(P.)
	NORDMANN	(J.)
Biologie médicale	HARTMANN	(L.)
Chirurgie	CERBONNET	(G.)
Hématologie.....	BILSKI-PASQUIER	(G.)
Maladies infectieuses	DUPONT	(V.)
Neuro-psychiatrie.....	TARDIEU	(G.)
Pédiatrie.....	ROSSIER	(A.)
Physique médicale.....	COURSAGET	(J.)
	GREMY	(F.)
Physiologie.....	GIRARD	(Fr.)
Stomatologie.....	CHAPUT	(Mme A.)

III. - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	M. HAUDUROY (P.), pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	M. RUDLER (J.), pr. s. ch.

.../...

IV. - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie ..... MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif .....Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine .....M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs : Melles DUMAITRE (P.) - LAURENT (H.) - LE NOIR (G.)
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.) - ROBERGE (D.) - Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre I798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,

A mon fils,

A mes parents,

A mes grands parents

A tous les miens.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur d'hydrologie thérapeutique

et de climatologie,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.
Nous n'oublierons jamais son remarquable
enseignement et sa bienveillance durant
cette première année de spécialité où
il guida nos premiers pas.
En respectueux hommage.

A notre Maître,

Monsieur le Docteur André PARAF

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous confia le sujet de cette thèse,
nous guida avec une extrême bienveillance,
et nous aida dans sa réalisation.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre
vive reconnaissance et l'expression de
notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur Claude MENAGER,

Qui m'a fait bénéficier de son expérience et m'a prodigué ses conseils et son amitié.

A mes Maîtres d'Externat,

Monsieur le Docteur	LOISEAU
Monsieur le Professeur	H. REDON
Monsieur le Professeur	HAMBURGER
Monsieur le Docteur	A. PARAF
Monsieur le Professeur	Ch. DEBRAY

PANNICULITE MESENTERIQUE

ET AFFECTIONS DU PANCREAS

I N T R O D U C T I O N

-=-

Les termes de "Panniculite mésentérique" (OGDEN, GROSSMAN) "manifestations mésentériques de la maladie de WEBER-CHRISTIAN" (HERRINGTON), liposclérose primitive", (ERSKINE), "lipogranulome", (WEEKS), et lipodystrophie isolée (CRANE ROGERS) ont été utilisés pour décrire une masse dure dans le mésentère, faite d'une inflammation chronique du tissu adipeux avec nécrose.

La "mésentérite rétractile" semble bien être une variante évolutive de la panniculite mésentérique, comme le montre une observation récente (SOERGEL).

Les lipodystrophies rétropéritonéales qui envahissent souvent la racine du mésentère et la fibrose rétropéritonéale ont été, justement, nous semble-t-il, rapprochées de ces faits.

Pour tous les auteurs et notamment récemment LEGER, l'étiologie de ces lésions est obscure.

C'est pourquoi nous rapportons un nouveau cas de panniculite mésentérique et de lipodystrophie rétropéritonéale coexistant avec une pancréatite subaiguë.

Nous envisagerons à cette occasion dans quelle mesure une étiologie pancréatique peut être invoquée à l'origine des panniculites mésentériques et des lipodystrophies rétropéritonéales.

.../...

Nous rapportons l'observation d'un homme de 45 ans, porteur d'une panniculite presque suppurée du mésentère et de l'espace rétro-péritonéale dont l'étiologie est restée en suspens jusqu'à l'examen histologique de son pancréas qui a montré des lésions étendues de pancréatite nécrosante alors que la glande était macroscopiquement normale.

Nous envisagerons à cette occasion les problèmes posés par la panniculite mésentérique, ses relations avec la lipodystrophie de l'espace rétro-péritonéal et leurs rapports éventuels avec une affection du pancréas.

.../...

OBSERVATION

-=-

Monsieur R..., 45 ans, est hospitalisé dans le Service le I8 octobre I965, vingt jours après une laporotomie exploratrice sous-ombilicale faite en ville.

Le I7 septembre I965, quelques heures après une chute de mobylette en apparence peu conséquente, surviennent des douleurs profondes et violentes de l'hypochondre gauche irradiant en arrière dans la région lombaire gauche, avec fièvre à 38° et phénomènes sub-occlusifs.

Cet épisode initial a semblé s'améliorer grâce à un traitement antispasmodique; mais l'installation les jours suivants d'une anorexie, d'un amaigrissement rapide et surtout la reprise des phénomènes douloureux abdominaux avec fièvre à 38° ont entraîné son admission en clinique.

Malgré l'absence de troubles urinaires et d'irradiations de la douleur lombaire gauche, il semble que le premier diagnostic envisagé ait été celui de colique néphrétique gauche.

Mais l'urographie intra-veineuse du 21.9.1965 était normale; l'examen cytobactériologique des urines était sans anomalie.

Le 24.9.I965 l'hémogramme donnant les résultats suivants:

G.R. = 4 600 000 ; G.B. = IO 000

.../...

P.N. = 78%

P.E. = 3%

P.B. = 0%

Lympho = I4%

Mono = 5%

La radiographie sans préparation de l'abdomen montrait une importante aérocolie.

Le lavement baryté du 25.9.I965 mettait en évidence une dilatation importante du cadre colique avec suspicion à la jonction recto-sigmoïdienne d'une ulcération au sein d'une lacune, rapidement infirmée par la recto-sigmoïdoscopie normale jusqu'à 30 cm.

La persistance des troubles fait décider l'intervention le 29.IO.I965 devant ce syndrome abdominal mal défini et occlusif (Docteur GUTEL).

"Médiane sous-ombilicale; l'exploration de l'ensemble de l'intestin depuis le duodénum jusqu'au rectum ne montre aucun obstacle mécanique mais on découvre, derrière le mésentère et infiltrant celui-ci, une tumeur. Il s'agit vraisemblablement d'un sarcome tétro-péritonéal de la région méso-caeliaque expliquant les douleurs accusées par le malade, sa fièvre et sa sub-occlusion. Le foie est indemne de toute localisation tumorale. Il y a de multiples ganglions dans les méros. Prélèvement de plusieurs fragments aux fins d'examen histologique. Les fragments prélevés

.../...

siègent au niveau de l'origine de la mésentérique supérieure. Ils ont un aspect très inflammatoire et l'hémorragie consécutive à la biopsie doit être contrôlée au bistouri électrique.

Fermeture : Plan par plan au nylon - surjet de nylon sur la peau".

Examen histologique du prélèvement rétro-péritonéal :

"Il s'agit d'un tissu conjonctif profondément modifié par un tissu de granulation inflammatoire, bourré de polynucléaires. Une fibrose assez importante apparaît par endroits pouvant expliquer une allure pseudo-tumorale.

De toutes manières, il n'existe nulle part de caractère suspect de malignité ni de tuberculose.

CONCLUSION :

Inflammation presque suppurée pseudo-tumorale bénigne".

Les suites opératoires immédiates sont relativement simples, mais l'atteinte progressive de l'état général avec asthénie profonde et anorexie quasi-absolue, l'amaigrissement de IO kilos depuis le début de la maladie, la constatation IO jours après l'intervention d'une hyperleucocytose à I8 500 globules blancs avec 87% de polynucléaires font décider son transfert dans le Service.

En résumé :

Nous nous trouvons devant un homme de 45 ans porteur d'une infiltration tumorale de l'espace rétro-péritonéal et de la racine du mésentère, évocatrice macroscopiquement d'un sarcome,

.../...

non confirmé pa l'histologie qui insistait sur le caractère inflammatoire presque suppuré du prélèvement.

A son entrée :

Le malade est fatigué, pâle, mais l'état général est encore relativement conservé.

Il est apyrétique et ne souffre pas, sauf à la mobilisation qui réveille des douleurs abdominales sourdes. On note une érythrose palmaire bilatérale. L'important météorisme abdominal rend la palpation difficile.

Les fosses lombaires semblent libres. L'examen cardio-vasculaire est normal. Il existe une matité de la base thoracique droite dont la radiographie confirme la limite supérieure horizontale. Le reste de l'examen clinique est normal.

Les examens de laboratoire montrent :

Numération formule sanguine :

le 20.IO.I965 : 30 700 Globules blancs avec 96% de polynucléaires neutrophiles.

le 23.IO.I965 : 22 400 Globules blancs avec 84% de P.N.

le 25.IO.I965 : 28 800 Globules blancs avec 93% de P.N.

la vitesse de sédimentation est à 8.22.68.

urée 0,35 = Glycémie I,I3 g/I

le bilan électrolytique sanguin est sans anomalie.

Protidémie = 52 g/I

Electrophorèse des protides :

.../...

Alb: 45% x 5% x2 I7,5%

B I4% x I8,5%

B.S.P.: 4I% à la I5' minute

I4% à la 45' minute

Taux de prothrombine I00%

Cholestérol total Ig,6

Les tests de floculation sont normaux.

Le myélogramme (fonction sternale) est riche sans anomalie notable.

Au total :

L'importante hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles sans autre signe clinique qu'un épanchement pleural droit non purulent, confirme chez ce malade l'existence d'une inflammation vraisemblablement suppurée que la laparotomie avait situé dans l'espace rétro-péritonéal et le mésentère dont l'étiologie est obscure.

Le docteur PARAF évoque l'hypothèse d'un processus à point de départ pancréatique. L'amylasémie demandée est à 32 U wolgemuth.

La ponction pleurale avec dosage de l'amylase n'a pas été pratiquée car brusquement après 6 jours d'hospitalisation, soit environ un mois après le début des troubles, le malade meurt dans un tableau de collapsus irréversible.

.../...

A L'AUTOPSIE = Abdomen

Il existe une mésentérite diffuse, épaississant le mésentère qui est le siège de multiples logettes abcédées d'où s'écoule un pus verdâtre, bien lié.

Les anses grêles sont agglutinées les unes aux autres.

Derrière le péritoine, il existe une infiltration suppurative de toute la région rétro-péritonéale englobant les uretères et les reins qui sont eux-mêmes indemnes.

Le pancréas paraît macroscopiquement normal. Il est cependant le siège à la coupe de petits grains blanchâtres. Le reste de l'examen abdominal est normal. Le foie, les voies biliaires la rate ne semblent pas participer à l'affection.

La cavité pleurale est le siège à droite d'un épanchement citrin.

Examen anatomo-pathologique :

MESENTERE

Les multiples prélèvements de mésentère montrent de larges infiltrations oedémateuses accompagnées de fibrose et organisées au pourtour de quelques formations abcédées dont l'aspect est évocateur d'une cytostéatonécrose sans aucun caractère de spécifité ni tumorale ni tuberculeuse.

En de multiples points du mésentère on observe surtout au voisinage du pancréas, des ganglions lymphatiques en réaction inflammatoire chronique, hyperplasique, non spécifique.

.../...

Au niveau des anses grêles agglutinées on observe une réaction inflammatoire marquée de la séreuse sans caractère particulier.

Prélèvement rétro-péritonéal = même aspect histologique que la panniculité mésentérique.

PANCREAS

Tous les fragments prélevés montrent d'importantes lésions de nécrose plus ou moins accentuées des acini. Les canaux sont souvent distendus et paraissent encombrés de bouchons muqueux. La charpente conjonctive est fortement densifiée par une fibrose périlobulaire et interlobulaire remaniant en partie la nécrose.

Ces images montrent indiscutablement une pancréatite subaiguë succédant vraisemblablement à des altérations inflammatoires chroniques.

GRELE

De nombreux prélèvements effectués au niveau des anses grêles ne montrent que des lésions inflammatoires subaiguës fibro-oedémateuses particulièrement importantes au niveau de la séreuse et des mésos où sont réalisés de larges foyers de nécrose et de stéato-nécrose qui paraissent parfois relativement encapoulès par une coque fibreuse mais parfois aussi simplement bordés par un liseré inflammatoire.

FOIE

Le foie présente une discrète fibrose des espaces portes

.../...

et une distension également discrète des capillaires sinusoïdes qui indique une stase modérée.

SURRENALE GAUCHE

La surrénale est enchassée dans une gangue péri-surrénalienne comportant un épaississement de sa coque fibreuse doublée d'une importante réaction fibro-oedémateuse du tissu adipeux qui se prolonge jusqu'au contact du pancréas altéré.

CONCLUSION.

Panniculite mésentérique et rétro-péritonéale en rapport avec une pancréatite subaiguë nécrosante détruisant la quasi-totalité du pancréas sans aucun caractère spécifique ni tumoral.

EN RESUME.

Chez un homme de 45 ans, c'est l'examen histologique systématique d'un pancréas en apparence normal qui fait découvrir des lésions étendues de pancréatite nécrosante à l'origine d'une panniculite suppurée du mésentère et de l'espace rétro-péritonéale prise à la laparotomie exploratrice pour une infiltration sarcomateuse.

.../...

DEFINITION. -

Le terme de "panniculite a été introduit en I960 dans la littérature par OGDEN, BRADBURN et RIVES".

Il désig ne un "processus inflammatoire et nécrotique du tissu cellulo-adipeux".

L'Ambiguité actuelle du terme découle de 3 faits :

I/ Ethymologiquement Pannicule adipeux désigne le tissu graisseux hypodermique; le mésentère souvent atteint ne l'est pas toujours seul comme nous le verrons par la suite. Néanmoins on a conservé cette terminologie bien que l'appellation soit impropre.

2/ D'autre part un autre motif de confusion découle du fait que sous cette même dénomination ont été rapportés des faits très différents, les uns apparemment primitifs, les autres secondaires car tous les auteurs n'avaient pas accordé au mot "panniculite" la même signification.

3/ Enfin les aspects laparoscopiques ne représentent qu'un "instantané" d'une maladie saisie à un de ses nombreux stades évolutifs.

ANATOMIQUEMENT.

Il nous a semblé utile de reproduire ici même un schéma anatomique.

Nous constatons que sur la cavité abdominale :

I/ En coupe sagittale l'espace rétro-péritonéal atteint en haut le diaphragme et en bas se poursuit avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du pelvis.

.../...

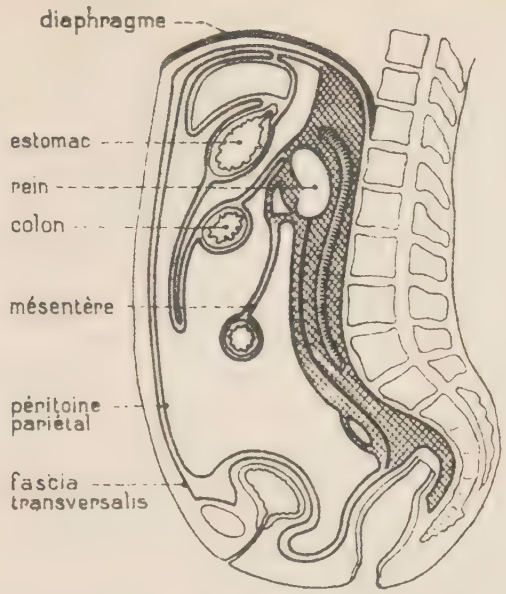

Fig. 1 — Coupe sagittale de l'abdomen et du bassin, mettant en évidence les connexions de l'espace rétro-péritonéal, qui atteint en haut le diaphragme et en bas se poursuit avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du pelvis (D'après SHAFIROFF et KAU).

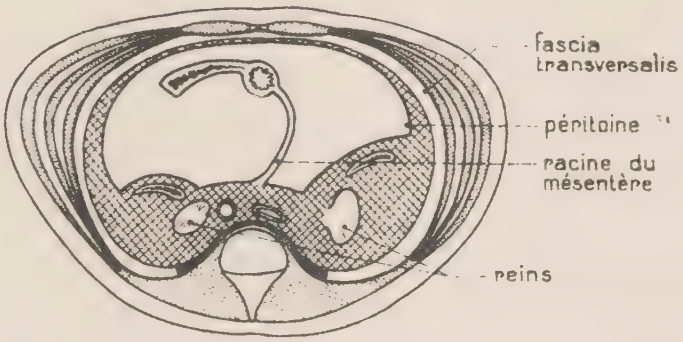

Fig. 2 — Coupe horizontale de l'abdomen au niveau des reins. L'espace rétro-péritonéal, schématisé ici sous forme de hachures, se poursuit latéralement et en avant, avec le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Noter l'implantation de la racine du mésentère qui peut être envahi par la fibrose en provenance de l'espace rétro-péritonéal (D'après SHAFIROFF et KAU).

2/ Sur une coupe horizontale de l'abdomen passant au niveau des reins on voit que les racines du mésentère (de l'intestin grêle ou du sigmoïde) sont des expansions de l'espace rétro-péritonéal à travers lesquelles vaisseaux, lymphatiques inclus dans le tissu adipeux aréolaire gagnent la cavité péritonéale.

HISTORIQUE.

I- Cette affection du mésentère a été décrite pour la première fois par RIEDEL en I897.

- En I927 JURA a répertorié 7I cas dans la littérature. La maladie était alors appelée "mésentérite rétractile" et caractérisée par un épaississement local et une sclérose du mésentère, résultat d'un processus inflammatoire à évolution lente. Des phénomènes de cicatrisation et de rétraction du mésentère provoquant des symptômes d'occlusion en plissant les anses intestinales.

- En I94I STEINBERG à propos d'une revue de 43 cas de maladie de WEBER-CHRISTIAN pose le problème des panniculites systémiques qui seraient une forme plurifocale des panniculites mésentériques.

- En I955 CRANE en décrivait 5 cas cliniquement identiques qu'il intitule "maladie liprodystrophique du mésentère".

- En I960 est utilisée pour la première fois l'appellation de "panniculite mésentérique" par OGDEN et collègues +++

- En I962 toutefois TEDESCHI et BOTTA rapportent 3 cas semblables et utilisent le nom donné à l'origine par JURA c'est-à-dire "mésentérite rétractile".

.../...

- En I963 les recoupements sont de plus en plus nombreux et on a les observations de CROSSMAN 4 cas,

de SIGUIER en France,

suivie d'une nouvelle revue d'OGDEN comportant cette fois 27 cas.

- En I965 une observation de SWANN.

- En I966 . FRENCH rapporte 6 cas,

. SOERGEL rapporte I cas de panniculite mésentérique fatale tandis qu'en France :

. LEGER publie I observation de panniculite mésentérique, variété de fibrosclérose rétropéritonéale.

. CABANNE et PUTELAT à Lyon rapportent deux observations.

II - Parallèlement à ces travaux on note des publications concernant des cas de "liposclérose rétropéritonéale" maladie idiopathique ou dégénérative primitive du tissu adipeux remplacé par une masse expansive fibro-scléreuse, masse dans laquelle les organes rétro-péritonéaux sont étouffés.

- C'est ORMOND qui le premier en I948 décrivit une forme idiopathique de fibrosclérose rétropéritonéale du bas abdomen et du pelvis se traduisant par des symptômes urologiques.

- PARTINGTON et collègues rapportent un cas de fibrose. idiopathique diffuse.

- THOMSON en rapporte 2 cas en I96I.

- MORGAN, LOUGHRIDGE en I966 rapportent un cas de fibrose

.../...

médiastinale et péritonéale combinée.

- Le plus récent et important article date de I966 et émane de BENJAMIN et SCHAFIROFF qui ont étudié I2 cas de lipro-dystrophie rétropéritonéale.

-=-

.../...

Nous résumerons maintenant, dans 2 grands tableaux, pour une meilleure compréhension les observations rassemblées dans la littérature de :

I - Panniculite mésentérique.

II - Lipodystrophie rétropéritonéale

et ce malgré la conviction acquise à travers les nombreux cas étudiés qu'il s'agit d'un même processus physiopathologique à la base des différentes localisations anatomiques, d'autant plus que dans de nombreux cas nous verrons une atteinte concommitante

- de la cavité péritonéale,
- du péritoine pariétal post.

I - PANNICULITE MESENTERIQUE.-

Ia - Panniculite mésentérique "isolée".

OGDEN I960.

CAS I -

Un homme blanc de 62 ans est admis le I8 septembre I956 pour - violente douleur épigastrique associée à

- nausées, vomissements, fièvres.

Depuis 2 ans survenue d'épisodes douloureux similaires.

Diagnostic envisagé - Pancréatite chronique.

Examen physique - pas de masse palpable mais existence d'une défense de l'hypocondre gauche.

Examens complémentaires - amylasémie amylasurie normales

G.B. = 11 500 PN = 76

L = 21

.../...

Laparotomie.

Masse ganglionnaire entre le bord supérieur du pancréas et l'axe coeliaque.

Mésentère très épaissi avec surfaces de décoloration disséminées sur lesquelles le péritoine était très adhérent.

Biopsie.

Panniculite mésentérique,

Lymphadénite non spécifique,

Pancréas macroscopiquement normal.

Evolution.

Plusieurs épisodes douloureux par la suite, contrôlés par cortisone et rayons X.

CAS 2 -

Homme blanc de 6I ans.

Histoire de douleurs violentes de l'hypocondre gauche depuis 2 mois survenant la nuit, calmée par antalgiques puissants seulement.

Fébricule à 37°8.

Antécédents.

- Cholécystectomie
- Appendicectomie 2 ans auparavant.

Examen.

Sensibilité de l'hypocondre gauche. Masse sensible fixée du côté gauche de la colonne vertébrale de I2 x 8 cm.

.../...

Examens complémentaires.

- Radiographies digestives normales,
- Petit calcul du pôle supérieur du rein droit

G.B. : 4 500.

Laparotomie.

Mésentère de taille IO fois supérieure à la normale contenant des masses lipomateuses avec des taches brunes rouges disséminées. Péritoine adhérent en particulier sur ces taches.

Histologie.

Inflammation chronique du mésentère.

Evolution.

Favorable après chirurgie plus de masse abdominale perçue.

CAS. 3.

Homme blanc de 53 ans.

Douleurs épigastriques et dorsales.

Douleurs épigastriques dans les antécédents.

Fébricule, nausées mais pas de perte de poids ni de meloena.

Examen.

Grosse masse épigastrique de côté droit, sensible, fixée non mobile à la respiration.

Examens complémentaires.

- G.L. = 4 9 58 PN : 78

L : 22

.../...

- Amylases normales.

- Transit gastro-duodénal montrant un élargissement du cadre duodénal, un déplacement de la grande courbure gastrique avec compression de D_2 D_4.

Diagnostic préopératoire.

Kyste pancréatique.

Laparotomie.

Liquide nuageux dans le péritoine, entre les masses graisseuses.

Base du mésentère épaissie et indurée, tachetée de foyers de décoloration brun rouge.

Pancréas fut palpé : normal.

On pratique une cholécystectomie --- pas de calculs.

Histologie.

Inflammation chronique du mésentère et hémorragies focales.

Evolution.

La masse a diminué de taille. L'estomac a pris une position plus normale, tandis que le cadre duodénal ne montre pas de signe de compression intrinsèque.

CAS 4.

Homme blanc de 43 ans.

Fébricule et malaise général depuis IO jours (douleurs généralisées). Anorexie et dégoût des aliments gras, quelques vomissements.

.../...

Antécédents.

Pneumonie en I956 - Cirrhose de Laennec /PB/

Examen.

Grosse masse de l'hypocondre gauche, lisse, non douloureux légèrement mobile à la respiration.

Tous les examens complémentaires (NFS, fonctions hépatiques, TGD; lavement baryté) furent trouvés normaux.

Laparotomie.

Base du mésentère transformée en masse inflammatoire. Graisse très épaissie. Péritoine très adhérent. Taches décolorées. Petite quantité de liquide nuageux entre les plis.

Histologie.

Inflammation chronique d'origine indéterminée.

Panniculite mésentérique.

Evolution.

Pas de réapparition des symptômes.

Masse toujours parceptible quoique plus petite.

CAS 5.

Homme blanc de 24 ans.

Douleur abdominale intense et généralisée. Nausée durant 24 heures puis apparition d'une douleur localisée de la fosse iliaque droite. Diarrhée très liquides.

Antécédents.

Quelques épisodes douloureux de la fosse iliaque droite

.../...

dans les 2 années précédentes.

Examen.

T° 39°

Sensibilité du côté droit avec contracture.

Diagnostic préopératoire.

Appendicite chronique.

Laparotomie.

I/ Appendicite aiguë rétrocoecale --- appendicectomie.

2/ Dans le mésentère de l'iléon.

. une masse de I2 x IO cm. x 4 cm., brun rouge, avec péritoine indécollable. La lobulation graisseuse normale était détruite.

. 2 masses plus petites dans le bas du mésentère.

Histologie.

I/ Appendicite aiguë suppurée.

2/ Inflammation chronique de la graisse mésentérique.

Evolution.

Favorable.

CAS 6.

Homme blanc de 44 ans décédé à la suite d'un syndrome de Martorell (adhérosclérose occlusion des artères partant de la crosse aortique).

Autopsie.

Base du mésentère considérablement épaissie et indurée.

Le pancréas ici était normal macroscopiquement et micros-

.../...

copiquement +++.

Histologie du mésentère = Processus inflammatoire chronique sans nécrose.

CAS 7.

Nomme noir de 54 ans admis en mars I959.

Meloena +++ nausée, vommissements.

Douleurs à type de crampes abdominales basses, accompagnées de 7 à 8 selles liquides.

Antécédents.

- Hernie inguinale droite.
- Vagues douleurs abdominales basses dans les 2 années précédentes.

Examen.

Abdomen légèrement distendu, silencieux mais très sensible. Pas de masse palpable.

Examens complémentaires.

Radio intestinale = distension du petit intestin avec niveaux liquidiens.

Laparotomie.

I/ Volvulus des 2/3 de l'intestin grêle.

2/ Dans le mésentère du segment volvulé, multiples masses tumorales graisseuses disséminées avec péritoine très adhérent, les lobulations graisseuses ne paraissaient pas normales.

Réduction du volvulus --- retour à la normale.

.../...

Histologie du mésentère.

Inflammation chronique du mésentère avec un élément inflammatoire aigü.

Evolution.

- IO jours de difficultés, distension, ileus paralytique.
- ensuite pas d'autres ennuis abdominaux.

CAS RATTACHES.

I - Homme de 34 ans.

Antécédents.

Accident d'auto il y a 2 ans + perte de I5 kg.

Examen.

Masse de l'hypocondre gauche.

Diagnostic préopératoire.

Anévrysme.

Laparotomie.

Nécrose graisseuse.

2 - Femme de 40 ans.

- Masse intra-abdominale.
- Laparotomie. Enorme masse dans le mésentère avec des adhésions massives aux structures avoisinantes.

Histologie : masse granulomateuse.

Evolution :

Bonne.

.../...

SIGUIER I963.-

Malade âgée de 20 ans, guadeloupéenne, sans aucun antécédent, mère de 3 enfants.

Brutalement, le I3 mars I962 apparition de douleurs abdominales diffuses, fièvre à 39°5 et diarrhées profuses.

Pouls petit, rapide, hypotension artérielle avec maxima à 8, déshydratation extra-cellulaire.

La fièvre va osciller entre 38 et 40° pendant 8 jours malgré l'amélioration des autres symptômes.

Examen.

Palpation d'un discret empâtement profond de l'abdomen bien que celui-ci soit souple dans son ensemble.

Evolution.

La fièvre tombe le 9e jour sous antibiothérapie mais on découvre un épanchement pleural droit.

La ponction ramène un liquide pleural citrin.

On élimine successivement par les examens complémentaires:

- une tuberculose pleuro-péritonéale,
- un chorioépithéliome avec carcinose péritonéale.

Les examens de laboratoire courant n'apportent aucune précision. Cependant la fièvre se rallume et le pouls s'accélère. Ceci dure IO jours puis tout rentre à nouveau dans l'ordre.

.../...

Laparotomie le IO avril I962.

Ascite assez abondante. Epaississement et induration généralisée de l'épiploon. Vessie et rectum sont collés à l'utérus. L'épiploon est adhérent sur la totalité de la cavité péritonéale. On découvre un appendice rétro-coecal collé au caecum qu'on enlève.

Histologie.

Appendice : muqueuse pratiquement normale mais au niveau de la séreuse il existe une infiltration d'éléments lymphocytes pleurocytes, fibroblastes, cellules multinucléées.

Au niveau de l'épiploon aspect identique avec un tissu cellulo graisseux dissocié par des travées de sclérose, en bordure desquelles on rencontre des phénomènes d'infiltration, de cytostectonécrose et des cellules multinucléées.

Evolution.

Guérison progressive sans aucun incident.

En dépit d'examens complémentaires très poussés on ne découvre qu'une - syphilis sérologique, Nelson à IOO%

- leucocytose avec éosinophilie à 23% (mais guadeloupéenne)

- hypergammaglobulinémie.

GROSSMANN.

CAS I.

Homme de 65 ans entre en janvier I959 pour histoire de douleurs épigastriques, nausées, vomissements. Anorexie avec amaigrissement de IO kg. en I an.

.../...

Examen.

Hépatomégalie (4 travers de doigt).

Légère sensibilité généralisée de l'abdomen.

Examens complémentaires.

Amylase, phosphatoses alcalines, glycémie furent trouvées normales.

Examen du gros intestin montre l'interposition du colon entre le foie et le diaphragme.

Pas de diagnostic ni de décision chirurgicale prise lors de sa seconde admission en octobre, précipitée par dysurie due à prostatisme il y avait une sensibilité abdominale diffuse. La radio de l'estomac montrait un rétrécissement constant du canal pylorique avec un cadre duodénal plus large que normalement.

Opération.

Racine du mésentère indurée : se présentait comme une masse de tissu inflammatoire épaissie. Le péritoine était aussi épaissi. La masse était brun rouge à jaune et ressemblait à de la nécrose graisseuse.

Evolution.

Bonne, mais à part une anémie traitée par transfusion.

CAS 2.

Homme de 42 ans, entre à l'hôpital en octobre I960, pour douleur de la partie basse de l'abdomen du côté droit. Pas de symptômes digestifs autres si ce n'est une diarrhée occasion-

.../...

nelle. Pas de fièvre.

Examen.

Sensibilité dans la fosse iliaque droite.

Pas de masse ou de viscère perçu.

Examens complémentaires.

Rétention prolongée de baryum dans une anse jéjunale modérément distendue.

Diagnostic préopératoire.

Occlusion intestinale partielle.

Laparotomie.

Occupant la racine du mésentère de l'intestin grêle il y avait une masse noduleuse de I2 x I5 cm., brun rouge, qui ressemblait à de la nécrose graisseuse.

Le pancréas paraissait normal.

Microscopiquement le tissu mésentérique montrait une nécrose graisseuse précoce sans infiltration cellulaire.

Evolution.

Bonne : pas de symptômes depuis l'intervention.

CAS 3.

Un homme de 56 ans est admis en février I96I pour douleur abdominale généralisée.

Antécédents.

- Artérite rhumatismale des genoux et chevilles en I947.

.../...

- Syphilis traitée par des arsenicaux.

Examen.

- Lame d'ascite
- Abdomen protubérant avec masse de l'hypocondre gauche.

Examens complémentaires.

- NFS G.B. variable de II 000 à I6 900/mm3
- Transit gastro-duodénal : une partie du jéjunum étant déplacée latéralement.

Evolution.

Dans l'hôpital accès fébriles aux environs de 39° C. Douleurs abdomi nales et constipation chronique.

Laparotomie.

Ascite de 2,5 litres.

Mésentère épaissi de 5 à 6 cm. d'épaisseur.

Microscopiquement.

Tissu graisseux infiltré de lymphocytes.

Augmentation du tissu fibreux.

La diagnostic fut : inflammation chronique et nécrose graisseuse du mésentère.

CAS 4.

Découverte de routine en mai I96I chez une femme de 63 ans, qui n'en était nullement incommodée, d'une masse abdominale

.../...

Antécédents.

Cholécystectomie en I950

et ovariectomie en I940.

Examens complémentaires.

Normaux, excepté un lavement baryté montrant des diverticules sigmoïdiens.

Laparotomie.

Masse de I2 x I4 cm. à la base du mésentère touchant sa racine.

Biopsie.

Tissu adipeux normal avec des collections périvasculaires lymphocytaires disséminées entre les interstices de cellules graisseuses.

Diagnostic.

Panniculite mésentérique.

OGDEN I964.

Cas I.

Femme blanche de 70 ans.

Episodes douloureux épigastriques par poussées depuis 2 ans avec nausées, vomissements et fièvre.

Examen.

Sensibilité localisée à l'épigastre.

Examens complémentaires.

N'apportèrent aucune aide pour le diagnostic.

.../...

Laparotomie.

Masse d'adénopathies volumineuses près de l'axe coeliaque. Le mésentère de la moitié de l'intestin grêle était notablement épaissi. Disséminées sur tout ce mésentère se trouvaient des plaques brun rouge, irrégulières. Le péritoine était très adhérent presque impossible à décoller.

Histologie.

Panniculite mésentérique.

Lymphadénite des ganglions de la région coeliaque.

Evolution.

Plusieurs épisodes de douleurs abdominales contrôlés partiellement par la corticothérapie.

En I960, apparition d'une adénopathie sus-claviculaire dont la biopsie révèle la malignité.

Depuis les adénopathies se sont généralisées. Plusieurs ont été enlevées.

CAS 2.

Homme blanc de 56 ans admis le 22 septembre avec une histoire douloureuse abdominale et lombaire de 2 mois. Cet homme souffrait depuis longtemps de dyspepsie.

Examen.

Masse sensible, palpable dans l'épigastre.

Examens complémentaires.

Sans intérêt pour la plupart mis à part un élargissement au niveau des 2e et 4e portion duodénale.

.../...

Diagnostic préopératoire.

Kyste pancréatique.

Laparotomie.

Petite quantité de liquide chyleux entre de grosses masses succulentes. Taches décolorées par plaques siégeant sur la racine du mésentère. Quelques foyers hémorragiques. Pas d'autres anomalies. En particulier le pancréas était normal.

Histologie.

Processus inflammatoire chronique dans le mésentère étiqueté panniculite mésentérique.

Evolution.

Le malade reçut des Rayons X, ce qui entraîne une diminution de volume de la masse.

Le malade resta asymptomatique pendant I an I/2.

Le I5 novembre I96I il fut réadmis avec une sensation de constriction abdominale, de malaise général et une douleur de la région lombaire.

A l'examen.

Abdomen distendu, masse épigastrique palpable et énorme splénomégalie.

Par ailleurs épanchement pleural gauche amenant une ponction pleurale qui ramène 2 litres de liquide chyleux.

En novembre I96I ablation de 2 gros ganglions supra-claviculaires révélant un néoplasme. Un traitement antimitotique entraîne une transitoire amélioration.

.../...

En décembre I96I nouvelle admission pour toux dispnée due à épanchement pleural. On pratique ponction pleurale, transfusions...

Le malade meurt le 4 jenvier I962.

Autopsie.

- Sercome réticulaire avec atteinte massive de la rate et des ganglions thoraciques ainsi que foie moelle...

Ascite et hydrothorax bilatérale.

Panniculite mésentérique.

SWANN I966.

Homme blanc de 43 ans avec épisodes récurrents de pyélonéphrite.

Admis à l'hôpital le I2 février I963 avec une histoire de douleurs de l'hypocondre droit qui plus tard devint épigastrique.

Par ailleurs vomissements sans diarrhée, fièvre à 38°.

Examen.

Sensibilité de l'hypocondre gauche.

Examens complémentaires.

GB = I4 300 avec 79% de PN

Tous les autres examens, en particulier urinaires, étaient normaux.

Laparotomie.

Mésentère tout entier, 4 fois plus épais que la normale et le péritoine viscéral se libérait facilement.

.../...

Evolution.

Quelques épisodes fébriles successifs requérant Pénicilline puis Prednison.

Malade libéré avec une bonne cicatrisation.

FRENCH.

I4 malades répartis en 3 groupes.

Premier groupe - Opération après découverte de masse abdominale.

I - Homme blanc de 55 ans.

Masse abdominale pulsatile - gêne abdominale.

Diagnostic préopératoire.

Anévrysme aorte abdominale.

Opération.

Mésentère épaissi et rouge. Tout le mésentère du grêle est touché mais pas les vaisseaux sanguins lymphatiques. Biopsie.

Evolution.

7 ans après même taille. Bonne santé.

2 - Homme blanc de 50 ans.

Gêne abdominale. Masse pulsatile, on pense à anévrysme aorte abdominale.

Opération.

Epaississement du mésentère.

Evolution.

6 mois après même taille. Bonne santé.

.../...

3 - Femme blanche de 47 ans.

Plénitude épigastrique. Masse abdominale palpable après réduction de poids de 250 à 170 livres.

Opération.

Mésentère épaissi et rubéfié. Régions délimitées de couleur blanc crayeux à jaune dans le mésentère.

Evolution.

Après onze ans même taille. Bonne santé.

Deuxième groupe - Découverte accidentelle pendant opérations pour autres motifs. Parfois suspicion de masse abdominale.

4 - Homme de 44 ans.

Symptômes évoquant cholécystite avec lithiase cholédocienne. Masse épigastrique palpable.

Opération.

Vésicule atteinte avec pierres. En plus mésentère rouge et épaissi. La paroi intestinale ne semble pas touchée.

Zones de nécroses graisseuses dans le mésentère. Biopsie.

Evolution.

6 ans après même taille. Bonne santé.

5 - Femme de 56 ans.

Douleur continue de la région sous-costale droite.

Radio --- ulcère du duodénum.

.../...

Cholecystectomie pratiquée 2 ans auparavant pour calculs: ne faisait pas mention d'épaississement du mésentère.

Opération.

Gastrectomie des 2/3.

Description du mésentère semblable aux précédentes.

Evolution.

3 ans après l'opération pas de symptômes et bonne santé.

Dans ce groupe 6 autres malades ont été opérés pour d'autres maladies et on a trouvé chez eux un mésentère épaissi.

- Chez 4 malades on a fait une biopsie du mésentère.
- 5 des 8 malades du groupe 2 sont en vie.

Troisième groupe.

6 - Femme de 72 ans.

Admise dans état terminal pour carcinome bronchogénique. Morte après admission.

Autopsie.

Carcinome bronchogénique avec métastases étendues.

En plus +++ Mésentère épaissi, rouge.

7 - Chez un autre malade mort d'infarctus du myocarde étendu on trouve les mêmes anomalies mésentériques.

.../...

LEGER I966.

Homme de 59 ans.

Présentant une histoire d'ulcère de la P.C. Opéré en I963 par gastrectomie type Polya.

En mars I965 consulte pour tuméfaction ombilicale récente accompagnée de vomissements et de phénomènes occlusifs.

Le 23 mars I965.

On pratique l'excision de la tumeur ombilicale qui était développée en profondeur vers l'abdomen. On constate une infiltration du péritoine pariétal antérieur s'étendant jusqu'à l'ouraque.

Suites diffuses avec phénomènes occlusifs.

Le 3 avril I965.

Réintervention par médiane sus-ombilicale. On trouve deux énormes anses très distendues, collées à la paroi ce qui oblige à pratiquer une anastomose latéro-latérale entre anse distendue et anse plate.

On retrouve les lésions d'infiltration péritonéale d'aspect pseudo-néoplasique. Le mésentère est épaissi - I cm. environ - Il s'agit d'un processus paraissant aller de la profondeur en superficie.

Suites difficiles à nouveau avec phénomènes subocclusifs, diarrhées, oedème des membres inférieurs.

A l'examen abdominal empâtement profond ainsi qu'au toucher rectal.

.../...

Examens complémentaires.

GR = 3 400 000

Protides sanguins .52 g.

Cholestérol sanguin I g.

Cholestérol dans les selles 24%

Evolution.

Toutes les thérapeutiques mises en oeuvre, extrait pancréatique, pepsine et acide chlorhydrique, corticoïdes, régime furent inefficaces et le malade meurt dans le cachexie en Novembre I965.

CEBANNE I966.

N° I - Homme de 67 ans, cultivateur.

Apparition en juin I963 de douleurs abdominales, de siège variable à type de coliques, se reproduisant à peu près tous les deux mois à intervalles réguliers.

Examen clinique :

Induration épigastrique et ballonnement important au cours des crises.

Examens complémentaires.

Lavement baryté montre une colite spasmodique.

Evolution.

Brutalement en mai I964 coma avec cachexie et déshydratation. Pas de fièvre,

- VS IOO-I27.

.../...

Le malade décède au bout de I2 heures malgré un essai de réanimation.

Autopsie.

Ascite abondante (6 litres).

Péritonite diffuse - foyer de cytostéatonécrose.

Remaniement du mésentère par des massifs de nécrose.

Pancréas : ne présente pas de masse anormale, microscopiquement pas de pancréatite aiguë ou chronique.

N° 2 - Homme de 54 ans cultivateur.

Première phase.

Pesanteurs épigastriques et flatulences post-prandiales.

Découverte d'une masse abdominale profonde située au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Examens complémentaires.

Transit gastro-duodénal = Estomac marécageux, déplacement de l'intestin grêle et abaissement de la partie gauche du colon transverse.

Intervention le IO avril.

Taches de bougie entre les feuillets du mésentère. Masses très nombreuses dans le mésentère bourrées de liquide blanc et de tissu nécrosé. Pancréas macroscopiquement normal.

Bon état jusqu'en septembre I963.

Deuxième phase.

Découverte de nouvelle masse en septembre I963.

.../...

Même aspect mais pas de taches de bougie dans l'abdomen

Examen des masses typiques des foyers de cytostectonécrose en début d'organisation.

L'état général s'altère rapidement (perte de 30 Kg de poids, fièvre...).

L'examen clinique ne montre pas de masse.

Amélioration sous l'effet de réanimation parentérale + deltacortisone .

Troisième phase.

Survenue d'un syndrome dépressif en mai 1964 traité par thymoleptiques.

Parallèlement dégradation de l'état général à nouveau contrôlée par cortisone. Ceci dure jusqu'en juillet 1965.

Quatrième phase.

En juillet 1965, apparition d'ictère de type rétentionnel avec mauvais état général, amaigrissement, fièvre....

Examen - Hépatomégalie,

- Troubles de la coagulation sanguine.

- Laparoscopie.

Tache de stectonécrose sur un foie non cholostatique.

- PB hépatique ne ramène rien mais crée un hémopéritoine.

Intervention.

Pour évacuer cet hémopéritoine.

.../...

L'aspect du foie décrit par la laparoscopie est retrouvée. La racine du mésentère est bourrée de masses jaunâtres.

Le pancréas est longuement examiné mais aucune lésion n'est mise en évidence à son niveau.

6 amylesémies
8 amylosuries } n'ont rien donné.

Suites opératoires d'abord simples sous corticoïdes puis brusque décompensation et mort.

Pas d'autopsie et en particulier pas d'étude histologique du pancréas.

II - Panniculites mésentériques rencontrées au cours de maladies de WEBER CHRISTIAN.

SZIMONSKI I960.

Un homme de 59 ans présente des douleurs des 2 gros orteils et de la cheville droite accompagnée de nodules sous-cutanés des membres inférieurs.

A l'examen.

Masse palpable de l'hypocondre gauche considérée comme une splénomégalie.

Par ailleurs l'anorexie, la fièvre et l'amaigrissement font cortège à l'apparition progressive de nodules du tronc et des membres supérieurs.

Examens complémentaires.

Révèlent une éosinophilie à 11%. L'examen histologique

.../...

des nodules montre une nécrose graisseuse sous-cutanée avec macrophages.

Mort 11 semaines après l'admission.

A l'autopsie.

- Adénocarcinome du pancréas avec métastases hépatiques.
- Nécrose graisseuse de la région rétro-péritonéale.

SZIMANSKY I963.

Une femme noire de 34 ns présentait depuis 3 mois des douleurs périombilicales et épigastriques devenues intenses avec anorexie, nausées, vomissements et augmentation du volume de l'abdomen.

Depuis 2 mois apparition de douleurs des membres inférieurs avec oedème progressif et éruption nodulaire des extrémités.

A son entrée : - fièvre,
- ascite, oedème de la région épigastrique,
- oedème prétibial bilatéral,
- nombreux nodules de I à 3 cm., éruthémateux, siégeant sur les extrémités inférieures avec tuméfaction d'allure inflammatoire des 2 chevilles.

Ponction d'ascite = dosage de l'amylase I024 unités

2 semaines plus tard amylosémie 24 unités.

L'examen histologique d'un nodule montre une stéotonécrose avec inflammation périphérique et dépôts de calcium.

.../...

La corticothérapie reste sans effet. Elle meurt 5 semaines après son admission.

Autopsie.

Pancréatite chronique avec formation d'un pseudo-kyste et nécrose graisseuse du pancréas péritumoral et du péritoine.

MOORE I963.

Un homme de 53 ans est hospitalisé en mars I96I.

Un mois auparavant il avait présenté :

- diarrhée,
- vomissements,
- douleurs abdominales diffuses,
- amaigrissement et anorexie pendant I semaine environ.

3 jours avant son admission, nouvelle crise douloureuse avec fièvre. La laparotomie découvre une perforation de la petite courbure juxta pylorique, un épanchement péritonéal, une nécrose graisseuse limitée du mésentère et du mésocolon.

- Le I4 mars petit écoulement d'aspect purulant à la partie supérieure de la cicatrice et apparition de zones rouges sur les bras et les jambes.

- Le I6 mars abdomen tendu. T° 39°5

- Le 20 mars éclosion de très nombreux nodules sous-cutanés rouges sans ulcération sur les extrémités et les épaules, certains ayant une disposition linéaire suggérant une relation avec les vaisseaux.

.../...

L'étude histologique d'un nodule biopsié conclut à une penniculite nodulaire non suppurative compatible avec la maladie de WEBER CHRISTIAN.

Il meurt le 20 mars.

Autopsie.

Cytostectonécrose dans le tissu sous-cutané, le pancréas, le mésentère, le mésocolon, la graisse rétropéritonéale.

Pancréas (I80 g) ferme et irrégulier.

Thrombose de la veine splénique.

Histologiquement.

Fibrose pancréatique chronique avec nombreuses zones de nécrose et thrombose des petits vaisseaux.

IMMELMAN.I964.

Une enfant de 7 ans est hospitalisée en juin I96I pour des douleurs abdominales et vomissements. Une masse épigastrique est palpable.

3 mois auparavant un trauma de la région épigastrique par chute de bicyclette fut suivi de douleurs épigastriques pendant plusieurs jours.

A la laparotomie nécrose du grand épiploon, pancréas oedématié, zones de nécrose du mésentère.

Les suites opératoires sont marquées par : fièvre, douleurs abodminales et lombaires avec exite et amaigrissement.

Deux semaines plus tard polyarthrite atteignant genoux

.../...

coudes et poignet gauche et nodules érythémateux sous-cutanés au niveau de la partie inférieure des jambes, des fesses et de la face dorsale du poignet gauche.

En septembre I96I.

. Cachexie, ascite, nodules évoquant un érythème noueux. Les divers diagnostics évoqués sont: rhumatisme articulaire aigu, lupus érythémateux, périartérite noueuse, endocardite susbiguë; érythème noueux, septicémie.

Biopsie d'un nodule sous-cutané.

Nécrose graisseuse limitée par une capsule de polyneutros nécrosés avec infiltration diffuse de polynucléaires et de lymphocytes au voisinage du tissu adipeux. Les vaisseaux sont normaux. Amylasémie à I063 U.S. Augmentation de l'amylasémie à 3 000 U.S. coïncidant avec une nouvelle éclosion de nodules.

Dosage de l'amylase dans l'ascite 53 000 U.S.

Sous l'effet d'un traitement par Trasylol Bayer l'amylasémie chute à 200 U.

3 semaines plus tard augmentation de l'amylasémie à 3 000 U.S. en même temps qu'apparaissent les premiers signes d'atteinte osseuse : douleurs du cubitus droit. Les radiographies des os montrent des lédions ostéolytiques avec réactions périostées.

En 2 semaines l'amylasémie chute et les douleurs disparaissent. L'étude de la sécrétion pancréatique dans le liquide duodénal après sécrétine et pancréczymine ne montre pas d'anomalie:

.../...

amylose normale.

On assiste à une régression progressive des lésions ostéolytiques avec retour à la normale. Seule persiste une petite modification périostée.

Ic - Panniculites systémiques.

STEINBERG I94I.

Cas I - Il s'agit d'une femme de 6I ans.

Antécédents.

- Episodes tussigènes, malaise, asthénie, fièvre.
- Une hémiphégie en I94I.
- Nodule sous-cutané de la région supra-claviculaire.

Est admise à l'hôpital pour fatigue importante s'accompagnant de fièvre.

Examen.

- On retrouve un abdomen distendu avec lame d'ascite.
- Une hépatosplénomégalie.
- Matité des 2 bases.

Evolution.

Par la suite apparaissent plusieurs nodules sous-cutanés de la région supraclaviculaire.

La malade meurt.

Autopsie.

Le tissu adipeux des régions péritracheales mésentérique, péripancréatique était gris jaune, truffé de régions blanc gris.

.../...

Histologiquement on retrouve une fibrose extensive du tissu adipeux avec des zones nécrotiques et inflammatoires.

Cas 2.

Femme de 66 ans.

Antécédents.

Négatifs.

Est admise à l'hôpital pour asthénie importante s'accompagnant de fièvre.

Examen.

On découvre un nodule sous-cutané de la cuisse droite, puis par la suite apparaissent des nodules sous-cutanés sur les jambes et l'abdomen.

Pas d'anomalie abdominale (ni masse, ni douleur).

Evolution.

La malade meurt.

Autopsie.

Panniculite nodulaire du tissu cellulaire sous-cutané. Splénohépatomégalie.

Panniculite nodulaire du tissu adipeux périrénal, rénal, myocardique, médullaire pancréatique.

SOERGEL 1966.

Homme de 14 ans, juif.

En 1953, premier épisode de 12 qui ont nécessité 11 hospi-

.../...

talisations. Les épisodes durent de 2 semaines à 3 mois et consistent en douleurs abdominales, crampes, distension, anorexie avec amaigrissement, fièvre et leucocytose. Pendant les épisodes initiaux la douleur était localisée dans le quarant supérieur gauche de l'abdomen puis à hauteur de l'abdomen. En I955 traitements courts par Streptomycine, isoniazide et gaz moutarde sans effet. 20 à 40 mg. de Prednisone diminuent les symptômes à plusieurs reprises mais n'empêchent pas les récidives.

A noter rhume des foins et allergie à la Pénicilline.

Un trauma obdominal, pancréatite, contagion tuberculeuse ou animaux de ferme non retenus.

En novembre I955, perception d'une masse abdominale, laparotomie --- biopsie d'une grosse masse dans la racine du mésentère.

Histologie.

Modifications dégénératives des cellules adipeuses dont le cytoplasme est spumeux. Inflammation xantho-granulomateuse consistant en histiocytes spumeux et rares cellules géantes entourant les cellules adipeuses altérées. Quelques lymphocytes, congestion vasculaire et quelques zones de fibrose.

Le tableau est celui d'une panniculite mésentérique.

En décembre I957.

Deuxième laparotomie.

On découvre une tumeur de IO cm. de diamètre et des gan-

.../...

glions dans la racine du mésentère. La paroi du jéjunum et du duodénum est épaissie. La masse contient une petite quantité d'un pus crémeux, inodore, stérile (aérobies et ansérobies), mycoses, brucella, et mycobactéries; inoculation à 2 cobayes négatives. Biopsie de la lésion : foyer suppuré: le centre nécrotique contient granulocytes, histiocytes et cellules spumeuses. Les espaces lymphatiques sont dilatés. Inflammation granulomateuse, fibrose, dégénérescence des cellules graisseuses, toujours présentes.

Février I958.

Troisième laparotomie.

Pour occlusion intestinale due aux adhérences post-opératoires.

Septembre I958.

Quatrième laparotomie.

Pour masse abdominale médiane : masse irrégulière dans la racine du mésentère; paroi intestinale épaissie et contient des vaisseaux lymphatiques dilatés; de nombreuses veines servent de siège d'une endophlébite granulomateuse.

RXestomac, grèle, colon, voies biliaires normales. Recherches pour histoplasmose, blastomycose, trichinose négatives. Sang, moelle osseuse normaux.

Amylase et lipase normales.

Episode terminal en mars I965.

Crampes douloureuses abdominales ++, fièvre, diarrhée

.../...

intermittente. IO mai I965 dans un autre hôpital, abdomen distendu niveaux liquides dans le grêle et le colon.

Lymphographie.

Remplissage normal des ggs inguinaux et paravertébraux.

Biopsie.

Aspiration duodénale : lymphatiques dilatés dans la lamina propria.

IO juin I965. -

Cinquième intervention.

Toutes les parois intestinales sont épaissies. Nombreuses veines dilatées dans le mésentère, dans les adhérences et dans la région rétropéritonéale : dans 2 de ces veines, pression 460mm. au lieu de 230 mm. dans une veine gastrique : 2 injections opaques dans les veines mésentériques ne permettent pas d'opacifier le foie.

Biopsie de foie.

Petite quantité substance amyloïde.

Rétrospitalisé 26 juin I965 :

Cachexie, petit épanchement pleural gauche, ascite, distention abdominale : ascite, protéines I,6 g. p. IOO, lipides taux 344 mg. pour IOO ml., amylase 50 u. p. IOO ml. Liquides pleural et péritonéal stériles.

Augmentation azote fécal et graisses fécales.

Mort 28 juillet I965.

.../...

Autopsie.

Mésentère --- zone cicatricielle le long de la veine mésentérique supérieure sur 5 cm. Cette zone cicatricielle enfouit de nombreuses veines et lymphatiques. La lumière de la V.M.S. est rétrécie par une fibrose adventicielle et par des plaques de collagène et de fibres élastiques. Toutes les couches de la paroi de l'estomac, du grêle et du colon ascendant sont épaissies par de l'oedème avec une stase veineuse et lymphatique; kystes séreux représentant des espaces lymphatiques. Cavité abcédée étendue du lobe inférieur du poumon gauche à travers le diaphragme pour envahir la capsule du lobe gauche du foie et la rate (E. coli, a strepcocoque et b aérogènes).

-=-

.../...

II - LIPODYSTROPHIE RETRO-PERITONEALE. -

ORMOND I942.

Cas I - Homme de 45 ans.

Homme vu en juin I942 pour douleur rétrosternale irradiant vers les deux bras + douleurs lombaires basses depuis 4 mois. Amaigrissement de 3 kg. en 5 mois.

Brutalement anurie. Mise en place de 2 cathéters par lesquels l'urine s'écoule. Lorsqu'on les enlève nouvelle anurie.

On fait successivement des néphrostomies puis des dilatations urétérales qui rétablissent le flux urinaire.

Plusieurs infections rénales surviennent au cours des 3 années suivantes diminuant à chaque fois un peu plus les capacités rénales, et entraînant une anémie importante.

En février I946.

Malade admis en anurie et anémie importante.

Décès.

Autopsie.

Masse fibreuse rétropéritonéale couvrant le promontoire sacré et s'étendant au rein. Les uretères étaient enveloppés par cette masse et comprimés mais non envahis.

Histologie.

Tissus rétropéritonéaux presque complètement remplacés par un tissu fibreux, gris blanc, de 2 cm. d'épaisseur, qui comprime les uretères.

.../...

Cette masse fibreuse est composée entièrement de bandes denses de collagène avec des cellules de tissu fibreux typique.

CAS 2.

Homme de 43 ans.

Antécédents.

Cholecystectomie et appendectomie en I924.

Fréquemment sujet à des infections - cutanées (furoncles)
- respiratoires.

En I943 commence à se plaindre de douleurs lomposacrées qui devinrent sévères en I945 et augmentèrent encore en I946. Par ailleurs douleurs testiculaires.

En I945 on pratique une laminectomie bilatérale des 3e, 4e, 5e vertèbres lombaires. Amélioration.

Survenue brutale d'une anurie le 25 mars I946.

On cathétérise avec succès les premiers jours, puis on retire les cathéters parce qu'ils sont bouchés. On pratique plusieurs fois cette opération, seul moyen de réaliser une chute de l'urée sanguine.

Devant la persistance de l'anurie on suspecte un processus malin.

Laparotomie.

Masse plate, indistincte, rétropéritonéale avec des bords mal limités, couvrant le promontoire sacré.

Biopsie.

Des sections du tissu rétropéritonéal révèlent des alter-

.../...

nances de tissu fibreux et de graisse.

Infiltration de toute la région par des cellules rondes. Activité fibroblastique considérable.

Les uretères furent disséqués de ce tissu et trouvés normaux.

Evolution.

Sous l'influence de Rayons X la masse a fondu et la santé du malade s'est améliorée régulièrement.

Il a maintenant repris son travail.

Il va bien depuis lors.

PARLINGTON 1961.

Il s'agit d'un homme de 39 ans présentant une vieille histoire de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie, se plaignant depuis une année de douleurs épigastriques, avec un ictère temporaire. Aggravation des douleurs abdominales avec nausées, vomissements et diarrhée. Splénomégalie.

Découverte radiologique de volumineuses varices oesophagiennes et d'une ombre fusiforme entourant la partie basse de l'oesophage.

La survenue d'hémoptysies, avec hématémèse, justifie de nouvelles explorations. La splénoportographie montre l'absence d'opacification de la veine splénique et de la veine porte avec reflux coronaire stomachique.

Thoraco-phréno-laparotomie gauche : très importante circu-

.../...

lation collatérale, plèvre épaissie, symphysée ; pas d'ascite, rate augmentée de volume, adhérente à une masse irrégulière rétro-péritonéale, qui semble englober le rein gauche et s'étend derrière le pancréas vers la veine porte et le foie. Celui-ci n'apparaît pas cirrhotique, mais, dans l'épaisseur du ligament rond, on trouve une masse jaunâtre, dure comme de la pierre, dont on pratique l'exérèse et qui se montre, à l'examen, constituée de tissu conjonctif hyalinisé.

La pression portale est mesurée, dans une veine épiploïque, à 42 cm.

Toute intervention d'anastomose porto-cave paraissant irréalisable, on referme avec un diagnostic de tumeur maligne retropéritonéale probable inopérable. Le malade meurt quelques jours plus tard d'infarctus du mésentère, qui avait justifié une nouvelle intervention, montrant que la racine du mésentère était envahie par le même tissu dur, qui étranglait entièrement sa racine.

L'autopsie confirme l'occlusion totale de la veine porte et des branches intra-hépatiques. La veine splénique, ainsi que toutes ses branches d'origine sont obstruées. Veines mésentériques supérieure et inférieure sont étranglées par le processus fibreux rétro péritonéal. Il en est de même du canal cholédoque, qui est complètement entouré mais non étranglé.

La veine droite est remplacée par un tractus fibreux jusqu'à 1 cm. de la veine cave. La veine rénale gauche est rétrécie sensi-

.../...

blement, mais le rein n'est pas envahi, à l'exception d'un petit nodule de son pôle inférieur. Le tissu périrénal est remplacé par du tissu conjonctif hyalinisé. Les uretères sont entourés mais non étranglés. La veine cave inférieure est entièrement entourée de ce tissu fibreux, mais n'est pas rétrécie.

THOMSON 1961.

Cas I - Femme noire de 23 ans.

Présente une douleur aigüe du flanc droit croissante plus fièvre à 39°, plus frissons.

Examen.

Douleur exquise du flanc droit.

Peut-être une masse dans la région rénale droite.

Diagnostic posé alors.

Pyélonéphrite qu'on traite par une antibiothérapie importante.

Examens complémentaires.

. NFS GB = 9 600 avec hémoglobine = 10,6

. UIV Déviation de l'uretère droit.

Pendant l'hospitalisation.

La malade présentait une température à 39°. A l'examen on trouve des signes positifs dans l'abdomen et la paroi thoracique droite.

Une masse sous-hépatique dans la région rénale droite .

.../...

Radiographie pulmonaire : existence de liquide dans le poumon droit.

" sans préparation : les contours rénaux sont obscurcis.

" intestinale : intestin grêle distendu ainsi que colon suggérant un ileus paralytique.

Diagnostic préopératoire.

Abcès sus-hépatique droit.

Intervention.

Masse rétro-péritonéale dans la région rénale droite. Le péritoine pariétal postérieur était très adhérent. Masse incisée au pôle inférieur du rein : pseudo capsule fibreuse mesurant 1 cm. L'épaisseur séparée du rein par un hématome. Le rein fut libéré. L'uretère ne fut malheureusement pas examiné.

Anatomie pathologique.

Tissu chronique inflammatoire avec abcès périnéphrétique.

Evolution.

Malade fut traitée par Pénicilline - Chloramphénicol. La température est tombée à 37°5 et la malade continue à se bien porter.

Cas 2. Homme noir de 40 ans.

Se plaignait de douleurs thoraciques et de l'hypocondre droit accompagnées de fièvre avec frissons.

Examen.

Sensibilité nette de l'angle costo vertébral avec pléni-

.../...

tude suggestive de masse rétropéritonéal.

Examens complémentaires.

GB = I5 000.

Radiographie pulmonaire et cliché sans préparation de l'abdomen montrent : Infiltrat du côté droit avec diaphragme élevé.
Ileus paralytique.

Diagnostics posés .

I/ Bronchopneumonie avec ileus paralytique.

2/ Rupture appendiculaire d'un appendice rétrocecal avec abcès.

3/ Abcès sus-phrénique avec pneumonie et atélectasie réactionnelles.

4/ Abcès périnéphrétique.

On pratique alors une UIV qui ne montre pas d'images hydronéphrotiques. L'excrétion urinaire paraît satisfaisante. L'urologue conclut que le système urinaire n'est pas en cause.

Intervention.

Rein droit est englobé dans une masse ferme, dense de tissu fibreux.

Anatomie pathologique.

Processus fibreux inflammatoire.

Evolution.

Les suites opératoires sont bonnes.

.../...

SCHAFCROFF - Mai I966.

Cas I. - Homme de 36 ans.

Admis à l'hôpital avec diagnostic de hernie inguinale gauche étranglée.

Se plaignait de douleur de la fosse iliaque gauche. Il n'y avait pas de symptômes intestinaux mis à part une constipation récente. Amaigrissement de 5 kg. dans les derniers mois.

Examen.

Masse irréductible s'étendant en profondeur et latéralement, près d'une vieille cicatrice herniaire.

Au toucher rectal on percevait une masse dure, sensible.

Examens complémentaires.

Les examens pratiqués n'apportent pas de renseignement sauf une radio sans préparation de l'abdomen qui montre une masse dans la région iliaque.

Par ailleurs, à l'UIV légère déviation médiane de l'uretère gauche.

Laparotomie.

Incision para médiane gauche.

Perception d'une masse dure dans l'espace rétro péritonéal.

Cette masse est exposée par une incision en forme de T.

La masse englobait les vaisseaux hypogastriques gauches, l'uretère gauche, la portion supérieure gauche de la vessie et

.../...

une partie du colon sigmoïde avec le mésentère. Il y avait des changements pathologiques dans le tissu adipeux à la droite de la ligne médiane et s'étendant vers la gauche jusqu'en bas au plancher pelvien.

On pense alors à un fibrosarcome.

On pratique l'histologie : Fibrose diffuse du mur vésical et colique. Des cellules inflammatoires, lymphocytes, étaient distribués de manière diffuse ou concentrés par places dans le tissu adipeux.

Le diagnostic fut alors : liposclérose envahissante.

Evolution.

Le malade fit une guérison satisfaisante. Il reçut en tout une irradiation de I 000 roentgens.

9 ans après pas de signes.

Cas 2. Femme de 63 ans.

Admise avec le diagnostic de saignement des voies digestives supérieures.

Antécédents.

Thrombophlébites et embolies.

Une cholécystectomie il y a 20 ans.

Examen.

Sensibilité marquée de la région épigastrique et périombilicale. Pendant l'hospitalisation la malade eut plusieurs hématémèses et meloenas.

.../...

Examens complémentaires.

Radio sans préparation de l'abdomen (-).

Radio pulmonaire. Epanchement pleural bilatéral.

Mort de la malade le 3e jour.

Autopsie.

Pneumonie diffuse.

Panniculite très étendue.

Le tissu adipeux entourant le coeur était jaune gris, dur au toucher. Les pancréas, duodénum, canaux biliaires, étaient aussi englobés dans un tissu graisseux fibrotique. Dans l'espace rétro péritonéal les surrénales, les 2 reins et les uretères étaient enfermés dans I feuillet dense de tissu graisseux anormal s'étendant en bas jusqu'au pelvis.

Le processus de liposclérose allait de l'espace rétro-péritonéal en traversant les racines des 2 mésentères. Dans ce feuillet fibro graisseux les vaisseaux intestinaux étaient inclus mais non comprimés.

Cas 3. Femme de 53 ans.

Admise à l'hôpital avec une histoire de douleurs épigastriques et de l'hypocondre gauche.

Par ailleurs amaigrissement de 5 kg. en I an, fébricule.

Examen.

Sensibilité de la région épigastrique.

Percussion de la région lombaire donnait une douleur abdominale.

.../...

Examens complémentaires.

Normaux excepté lors d'un transit gastro duodénal une petite dilatation d'une anse intestinale à la partie supérieure de l'abdomen.

Laparoscopie.

Anse jéjunale modérément distendue contenant une masse fibreuse à la racine du mésentère.

Les vaisseaux jéjunaux étaient enserrés par la sclérose, difficiles à dégager .

Histologiquement mêmes aspects que dans les 2 cas précédents : accumulation de tissu collagène entre des cellules graisseuses et infiltration à cellules rondes modérée.. .

Evolution.

Après l'opération la malade fut traitée par ACTH, Decadron. Les douleurs ont disparu depuis 2 ans, et la malade a pu reprendre son travail.

9 autres cas ont été rapportés. On retrouve globalement les mêmes caractères cliniques, paracliniques et histologiques que dans les 3 cas vus ci-dessus qui sont les plus représentatifs.

MORGAN I966.

Homme de 55 ans.

Qui a développé de I948 à I950 une bronchectasie avec fibrose médiastinale et compression de la VCS.

.../...

En I960 on voit se développer une circulation collatérale abdominale cave-cave témoin de la compression de la VCI.

En même temps se développent des signes d'insuffisance rénale que l'exploration radiologique rattachera à une compression urétérale bilatérale.

Après une amélioration transitoire obtenue par 2 dialyses péritonéales on intervient chirurgicalement pour tenter de libérer les uretères. Le péritoine postérieur est considérablement épaissi et l'aorte, le mésocolon et le caecum sont pris dans la même gangue que les uretères. La diurèse ne reprend pas et le malade meurt 2 jours plus tard.

Autopsie.

Confirme la fibrose médiastinale et l'urétéro hydronéphrose bilatérale, imputable à la fibrose rétro-péritonéale englobant les gros vaisseaux.

L'histologie montre les éléments habituels de la fibrose idiopathique.

-=-

.../...

AU TOTAL LE TABLEAU CLINIQUE DE LA MALADIE EST TRES POLYMORPHE.

LE TERRAIN. -

. Affection légèrement plus fréquente chez l'homme que chez la femme : un peu plus de la moitié des cas que nous avons rapportés.

. On trouve une répartition régulière des cas entre des malades dont le plus jeune avait 20 ans et le plus vieux 72 ans. Il semble y avoir un pic de fréquence maximum entre 40 et 60 ans.

ANTECEDENTS. -

La plupart du temps n'apportent aucun élément digne d'intérêt, les maladies éventuelles semblant être de banales associations. Cependant dans 3 cas (notre observation personnelle y compris) nous avons retrouvé la notion de traumatisme abdominal secondaire à des accidents de vélo ou d'automobile.

Dans IO cas sur 46 étudiés LEGER a retrouvé des antécédents chirurgicaux (dont 4 cholécystectomies) qui pourraient avoir une incidence pathologique.

Exemple : l'observation d'HANDELSMANN rapporte le cas d'une femme opérée d'une cholécystectomie pour lithiase.

Lors d'une première opération on trouve un mésentère épaissi. On pense à une pancréatite. Les douleurs persistent après l'opération avec apparition d'une masse épigastrique.

On fait une nouvelle opération et on retrouve le même aspect du mésentère. On fait alors une sphinctérotomie transduodé-

.../...

nale pour le diagnostic de pancréatite et on note alors une diminution des douleurs après l'opération.

SIGNES FONCTIONNELS ET GENERAUX. -

I - Les douleurs.

Sont de loin, et dans la grande majorité des cas (3/4 environ) le grand signe d'éveil.

Elles siègent le plus souvent dans la région épigastrique ou paraombilicale, n'offrant pas de caractéristiques très précises crampes sourdes sans relation avec les repas. Siégeant parfois dans l'hypocondre gauche ou tout simplement dans l'abdomen, sans autre précision.

Elles peuvent avoir des irradiations surtout dorsales (LEGER).

2 - Le deuxième symptôme.

Est constitué par des troubles du transit. Très fréquemment on retrouve des nausées, vomissements assez fréquemment une anorexie avec perte de poids. L'état général est rarement très altéré.

Rarement on retrouve des phénomènes subocclusifs, des diarrhées.

3 - La fièvre.

Est quasi constante allant du simple fébricule jusqu'à la fièvre aux alentours de 39°5 mais le plus souvent voisine de 38° .

.../...

EXAMEN. -

Dans environ la moitié des cas on retrouve une masse perceptible, peu mobile. Son volume est variable. Son siège le plus fréquent est la région paraombilicale. Dans 2 cas on a retrouvé une douleur abdominale provoquée par la percussion dorsale.

Rarement découverte d'une lame d'ascite.

Le toucher rectal ou vaginal permet dans certains cas de retrouver la masse et l'envahissement rétro-péritonéal.

Phénomènes associés.

A cette symptomatologie générale et locale se superposent d'autres manifestations qui ne sont peut - être que de simples coïncidences ou bien l'extension du processus stéctonécrotique.

- Hypoplasie médullaire (GROSSMANN)
- Epanchement pleural (SIGUIER, STEINBERG)
- Ictère, éléments figurés du sang anormaux (CABANNE).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

I - Radiologiquement.

I) Transit gastro duodénal.

L'envahissement mésentérique peut entraîner des images de compression extrinsèque : refoulement du bas fond gastrique, élargissement du cadre duodénal, refoulement d'anses grêles.

2) Lavement baryté montre rarement des images occlusives.

3) UIV révèle une obstruction urétérale dans les cas de fibrosclérose rétropéritonéale associée.

.../...

2 - Biologiquement.

Dans quelques cas on a retrouvé une hyperleucocytose oscillant entre 10 000 et 18 000.

Rarement une amylasémie élevée; mais d'une part cet examen est rarement pratiqué et d'autre part on connaît la fréquente négativité de cet examen dans des pancréatites authentiques !!!

DIAGNOSTIC. -

I - Préopératoire.

Le diagnostic préopératoire de "panniculite mésentérique" n'est en pratique jamais soulevé.

On envisage un cancer digestif, une tumeur du mésentère un talcome et les affections pancréatiques.

Mais comme nous y insisterons plus loin, pour nous, la pancréatite n'est pas un diagnostic différentiel de la panniculite mésentérique mais elle doit être recherchée systématiquement car elle nous semble pouvoir être la cause d'un certain nombre de cas au moins de panniculites mésentériques ou de lipodystrophies rétropéritonéales.

2 - En fait le diagnostic est purement opératoire et l'intervention corrige le diagnostic.

Donc ce diagnostic positif n'est guère réalisable en pratique que par la vision directe voire même histologique des lésions +++

.../...

A noter que dans 8 cas décrits par FRENCH la découverte d'un mésentère épaissi a été une surprise opératoire, les malades ayant été opérés pour des motifs différents !

3 - Différentiel.

La "tumeur" du mésentère étant "exposée" chirurgicalement que peut-on discuter? essentiellement :

- un lymphosarcome,
- un talcome,
- surtout un lipoblastome et l'anatomopathologie donnera alors la clef du diagnostic.

ELEMENTS FOURNIS PAR LAPAROTOMIE OU NECROPSIE. -

1 - Macroscopiquement.

C'est déjà à ce stade mécroscopique que s'intallent les controverses car les aspects laparotomiques ou nécropsiques ne représentent que des "instantanés" d'une maladie à stades évolutifs successifs auxquels correspondent des aspects anatomiques variés. Ceci est d'ailleurs bien confirmé par des laparotomies itératives (Cf. SOERGEL I2 hospitalisations --- 6 interventions).

Néanmoins et malgré les noms successifs qu'à pu endosser la maladie on retrouve pour la plupart des auteurs 2 aspects correspondant à 2 stades de l'affection.

a - Un aspect précoce ou le mésentère est considérablement épaissi (jusqu'à IO ou I5 fois l'épaisseur normale parfois plus).

.../...

C'est là le fait essentiel.

Ce mésentère tumoral est d'aspect rouge, succulent, ferme élastique. Disséminées sur toute sa surface on trouve des zones de décoloration qui varient du brun rouge au jaune pâle et qui ont l'aspect de la nécrose graisseuse.

La lobulation normale de la graisse a disparu. Le péritoine est fermement adhérent à toute la région et difficilement arraché par la main du chirurgien.

Dans quelques cas on trouve dans les plis, un liquide nuageux de couleur laiteux entre les masses mésentériques tumorales. Rarement on se trouve devant un processus inflammatoire aigü avec oedème dans la cavité péritonéale.

b - Le second aspect plus tardif correspond vraisemblablement à ce qui a été appelé par DETRIE "mésentérique rétractile". Le mésentère est alors rétracté avec des plaques cicatricielles, fermes, gris pâle, opalescentes, irrégulières.

Cet aspect étant selon toute logique un mode évolutif du processus inflammatoire qui expliquerait alors les phénomènes occlusifs parfois rencontrés et conséquence de la mésentérite sur l'intestin grêle attenant.

2 - Microscopiquement.

Les lésions histologiques dans toutes les observations sont celles d'un lipogranulome inflammatoire avec des variantes selon le stade évolutif de la lésion.

.../...

Stade 1 -

Inflammation aiguë caractérisée par l'infiltration entre les cellules graisseuses de leucocytes ou prédominent les polycucléaires et une phagocytose de la graisse par les macrophages avec un abondant cytoplasme spumeux.

Stade 2 -

Les cellules graisseuses sont effondrées, aplaties car il existe un très grand nombre de lipophages spumeux et de macrophages syncitiaux.

Stade 3 -

On note une sclérose fibrillaire qui a déjà pu débuter au stade précédent. Ces lésions sont celles que l'on rencontre dans la maladie de WEBER CHRISTIAN.

Rappelons que chez notre malade l'examen histologique du prélèvement montrant l'association d'un granulome inflammatoire bourré de polynucléaires et d'une fibrose déjà importante.

ETIOLOGIE. -

Une fois décrits les aspects micro ou macroscopiques de la panniculite reste le problème essentiel de son étiologie.

Pour la majorité des auteurs cette étiologie est obscure, un fait est bien établi. Dans la majorité des cas l'affection a été rapprochée par les auteurs de la maladie de WEBER CHRISTIAN du moins dans sa variante décrite par STEINBERG de panniculite systémique.

.../...

Une fois éliminée les traumatismes chirurgicaux et les traumatismes abdominaux il faut systématiquement penser à la possibilité d'une origine pancréatite +++. Même en cas de traumatismes abdominaux l'étiologie pancréatique ne peut être exclue car on connaît les atteintes pancréatiques avec possibilité de faux kyste au cours de traumatismes importants de l'abdomen.

ETUDE DU PANCREAS. -

Il ne semble pas que dans tous les cas l'étude du pancréas ait été systématique, tout au moins sur le plan histologique.

3 possibilités :

a - A notre connaissance dans les diverses observations présentées

Le pancréas n'a été examiné histologiquement que 5 fois à la suite d'autopsie et 3 fois on a trouvé des modifications de la glande.

. Cas N° 6 d'OGDEN (I940).

Homme de 44 ans décédé pour syndrome de Martorell : Le pancréas était microscopiquement normal.

. Cas N° I de CABANNE (I936).

Homme de 67 ans : On ne retrouvait pas de remaniement de pancréatite aiguë ou chronique.

. Cas de SZIMONSKI (I96I) on trouve des lésions de pancréatite chronique à l'autopsie.

.../...

. Cas de MOORE (I963).

Pancréas ferme et irrégulier avec lésions de cytostecto-nécrose.

. Cas d'INMELMAN (I964).

Pancréas oedémétié.

A noter que ces 3 dernières observations étaient des panniculites sous-cutanées authentiques (syndrome de WEBER CHRISTIAN) qui ont retenu notre attention du fait de l'atteinte mésentérique associée.

Il semble bien que le syndrome de WEBER CHRISTIAN ait pour étiologie principale une affection du pancréas (pancréatite ou cancer, cancer acineux le plus souvent).

Malheureusement il est actuellement difficile d'apporter la preuve de l'atteinte pancréatique au cours des panniculites mésentériques et des lipodystrophies rétropéritonéales, en effet :

- les dosages d'amylase n'ont été nous l'avons déjà vu, que rarement faits,
- l'épanchement pleural peut être un argument en faveur de la pancréatite depuis que l'on connaît sa fréquence au cours de ces affections mais il n'y a pas eu de dosage enzymatique de fait,
- cependant le caractère des douleurs nous semble également en faveur d'une pancréatite.

.../...

b - Dans certains cas.

Le pancréas a été jugé macroscopiquement normal.

Dans tous ces cas persiste un doute : on peut en effet mettre en doute la validité de ce témoignage purement visuel ou tactile quand on connaît pour le chirurgien la difficulté d'approche de cette glande. Il faut encore insister sur la nécessité d'une étude microscopique de la totalité du pancréas avec coupes très nombreuses, la lésion pouvant être comme dans notre observation personnelle totalement méconnue à un examen macroscopique superficiel (la nécrose n'ayant aucune traduction macroscopique).

c - Enfin dans la plupart des cas

Le pancréas n'est même pas mentionné et pourtant sa situation anatomique paraît fondamentale. La glande est située au carrefour de la cavité péritonéale, par l'intermédiaire du mésentère en avant, et de l'espace rétro-péritonéal en arrière.

SCHAFIROFF dans son récent article (1966) en parlant de travaux expérimentaux suivant la suggestion de DOUBILET dit que "une fuite lente de liquide pancréatique produit d'intéressantes lésions fibro graisseuses comparables à celles réalisées dans la lipodystrophie rétro péritonéale".

EVOLUTION. -

Il faut souligner la bénignité de la maladie notion dont la portée pratique est fondamentale.

.../...

La guérison est habituelle. L'affection se déroule par crises entrecoupées de rémissions uniques ou multiples pouvant se reproduire pendant plusieurs années avant de disparaître.

On ne relève des issues fatales que dans 2 cas.

- lors d'associations morbides (syndrome de MARTORELL, lymphome généralisé, néoplasme ganglionnaire, syndrome de WEBER CHRISTIAN).
- lors des conséquences de la "mésentérite" sur l'appareil urinaire par exemple posant alors le problème capital de la décision chirurgicale, qui reste la seule possibilité en cas d'anurie.

Il nous faut parler un peu de la "lipodystrophie rétro-péritonéale".

Cette affection touchant le tissu adipeux rétro-péritonéal touche aussi (nous l'avons vu dans notre observation et dans les observations de SCHAFIROFF) fréquemment le mésentère par l'intermédiaire de sa racine.

La lipodystrophie rétropéritonéale du fait de sa localisation anatomique particulière présente des caractères cliniques qui lui sont propres semblant artificiellement la séparer des caractères cliniques usuels des panniculites mésentériques.

En fait il semble bien, là encore, qu'un même processus physio-pathologique soit à la base de ces deux dénominations différentes.

.../...

Quels sont les aspects particuliers présentés par cette lipodystrophie et ces aspects l'opposent-elles à la panniculite mésentérique ?

TERRAIN. -

On retrouve la même répartition tant du point de vue âge, sexe dans les I8 cas répertoriés.

Légère prédominance masculine.

Echelonnement des malades de 23 à 63 ans avec répartition homogène.

ANTECEDENTS. -

Non remarquables.

CLINIQUEMENT. -

I - Signes fonctionnels.

2 particularités :

- l'apparition de douleurs lombaires en sus des douleurs abdominales classiques (épigastre, hypocondres, fosses iliaques).
- l'apparition de douleurs testiculaires (2 cas).
- dans plusieurs cas la maladie a eu une expression urologique sévère et immédiate sous forme d'anurie ou des signes moins graves à type de dysurie, hématurie.

.../...

. On retrouve assez fréquemment un amaigrissement, parfois des frissons, rarement un ictère, une constipation, une diarrhée.

2 - Signes physiques.

On retrouve plus rarement que dans les panniculites mésentériques une masse palpable mais "l'extériorisation" d'une masse lombaire, est plus tardive.

Cependant dans 8 cas de SCHAFIROFF on retrouve une masse abdominale basse - 6 cas - "sus ombilicale - 2 cas.

3 - Signes généraux.

Dans la moitié des cas environ on retrouve la notion de fièvre au début de la maladie ou en cours d'évolution.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

Dans la plupart des cas l'UIV a objectivé une anomalie de l'uretère ou du parenchyme rénal : déviction urétérale, hydronéphrose ...

DIAGNOSTICS ENVISAGES. -

Variés; on revient souvent au diagnostic de processus malin rétropéritonéal. On a parlé aussi de hernie, pyélonéphrite, abcès sus hépatique...).

.../...

EVOLUTION. -

Mortelle dans 4 cas sur I8. Mort due aux conséquences indirectes de la maladie.

ASPECT MACROSCOPIQUE. -

On a l'impression de se trouver en présence d'un stade évolutif plus "avancé" que dans les panniculites mésentériques.

La masse rétropéritonéale est dure, fibreuse. Elle entraîne un étouffement progressif de tous les organes rétropéritonéaux. Parmi ces organes l'appareil excréteur rénal est le plus exposé à traduire sa souffrance ce qui explique la fréquence des manifestations urologiques au début de la maladie.

On voit d'autre part que l'expansion éventuelle de la masse vers l'avant produira des compressions des vaisseaux mésentériques supérieurs, du pancréas, du duodénum, des voies biliaires avec une symptomatologie en rapport.

ASPECT MICROSCOPIQUE. -

Il s'agit de liposclérose avec une masse fibreuse composée de bandes denses de collagène alternant avec de la graisse.

PANCREAS. -

Non mentionné en général.

Dans l'observation N° 2 de SCHAFIROFF le pancréas est uniquement signalé comme étant englobé dans le tissu graisseux dense périviscéral.

.../...

C O N C L U S I O N

-=-=-

I/ Nous rapportons l'observation d'un homme de 45 ans, opéré pour un syndrome douloureux de l'hypocondre gauche et de la région lombaire gauche, avec fièvre et subocclusion. L'intervention montre une masse rétro-péritonéale envahissant le mésentère et prise macroscopiquement pour une tumeur : il s'agissait seulement d'une inflammation suppurée pseudo-tumorale bénigne.

2/ Un mois après l'intervention, l'autopsie montre un épaississement de tout le mésentère, avec de multiples logettes abcédées et un épaississement de toute la graisse rétropéritonéale englobant les reins et les uretères, qui sont eux-mêmes indemnes.

3/ Le pancréas, d'aspect macroscopique normal, est le siège d'importantes lésions de nécrose des acini, avec distension des canaux et fibrose remaniant en partie la nécrose. Il s'agit donc d'une pancréatite subaiguë.

4/ Notre observation de panniculite mésentérique, prise à l'intervention pour une tumeur, nous paraît bien due à une pancréatite subaiguë.

5/ L'inflammation chronique du tissu adipeux mésentérique et rétropéritonéal a été décrite sous les noms de panniculite mé-

.../...

sentérique, lipodystrophie, manifestation mésentérique de la maladie de WEBER-CHRISTIAN, lipsosclérose, lipogranulome.

6/Pour tous les auteurs, l'étiologie de ces lésions est obscure et les pancréatites ne sont envisagées à leur propos que comme un diagnostic différentiel.

7/ A la lumière de notre observation, nous nous demandons si un certain nombre de cas de panniculite mésentérique ne sont pas dus à une affection du pancréas et avant tout à une pancréatite.

8/ Mais dans ces cas, la preuve de l'atteinte pancréatique est le plus souvent très difficile à apporter, car du fait de l'extension de l'inflammation à tout le mésentère et à la graisse rétropéritonéale, la loge pancréatique est d'un abord très malaisé.

9/ L'étude histologique du pancréas n'est mentionné que dans 5 cas de panniculite mésentérique sur 38. Il n'y avait une pancréatite certaine que dans 3 cas, dans lesquels la panniculite mésentérique était associée à des foyers de cytosteatonécrose sous-cutanée, réalisant un syndrome de WEBER-CHRISTIAN.

IO/ Les dosages d'amylase sanguine et urinaire faits dans 9 cas de panniculite mésentérique ont été normaux. Il en était ainsi dans notre observation où la pancréatite était certaine, mais

.../...

le dosage a été fait tardivement après l'épisode initial.

11/ Certains éléments cependant sont en faveur d'une pancréatite :

- épanchement pleural, comme chez notre malade, dans 5 cas, dans lesquels malheureusement les dosages d'enzymes pancréatiques n'ont été qu'exceptionnellement faits.
- les douleurs de l'hypocondre gauche à irradiation postérieure avec le plus souvent fièvre.

12/ Une affection du pancréas et avant tout une pancréatite doivent être systématiquement recherchées en présence d'une panniculite mésentérique et d'une lipodystrophie rétropéritonéale, isolées ou associées, étant donné les conséquences thérapeutiques qui peuvent en découler.

-=-=-=-=-=-

Vu le Doyen,
G.BROUET

Vu le Président de Thèse,
DEBRAY

Vu le Recteur,
ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-=-

BENJAMIN G.P., SCHAFIKOFF, KAU K.Y. -
Lipodystrophy of adipose areolar tissue in the retroperitoneal space 696 Surgeyr Mai I966.

CABANNE F., PUTELAT R., PIARD A., RIFLE G. - Panniculite mésentérique nécrosante.
Lyon médical I966, p. I32I-I34I.

De GRACIANSKY P., PARAF A., RAUTUREAU J. -
Panniculite nodulaire aiguë fébrile au cours d'un cancer cerneux du pancréas. Problème de la maladie de WEBER CHRISTIAN
Société médicale des hôpitaux de Paris. II6 I965 N° 3
p. 26I-282.

DETRIE Ph. - Journal de chirurgie. Octobre I964 Tome 88 N° 4
p. 34I-342.

FRENCH. - Lipodystrophy of mesenteric fat. Surgery Gynecology Obstetrics. Mai I966 Tome I22 p. I046-I052.

GROSSMAN, KAPLAN, PREUS, HERRINGTON. - Mesenteric panniculitis.
JAMA I963 I83 3I8-322.

IMMELAN E.J., BANK S., KROGE H. -
Roentgenologic and clinical features of intramedullary fat necrosis in acute and chronic pancreatitis.
Am. Jo. of. Med. I964, 36, 96-I05.

.../...

JURA V. - Sulla mesenterite rettratile e sclerosante. Policlinico 3I 575 I924.

LEGER. - Panniculite mésentérique variété de fibrosclérose rétro-péritonéale. Presse médicale Janvier I967 N° 2 p. 75.

MENAGER Cl. - Thèse Paris I965. Les cytostectonécroses sous-cutanées au cours des maladies du pancréas. Le cancer acineux du pancréas avec hypersécrétion de lipose. Le problème de la maladie de WEBER CHRISTIAN.

MOORE S. - The relation of pancreatic disease to WEBER CHRISTIAN disease. Canad. Med. Association J. I963, 88 p. I237-I24I.

MORGAN A.D., LOUGHRIDGE L.W., CALNE R.Y. - Combined mediastinal and retroperitoneal fibrosis. Lancet 7428. 8 janvier I966. p. 67-70.

OGDEN, BRADBURN and RIVES. - Panniculitis of the mesentery. Annals of Surgery I960, I5I, p. 659.

OGDEN, DONALD and BRADBURN. - Mesenteric Panniculitis. Annals of Surgery Juin I965, I6I, 659.

ORMOND J.K. - Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by inflammatory retroperitoneal process. J. Urology 59 I072 I948.

PARTINGTON et collaborateurs. - Am. Journal of Surgery I96I IOI p. 239-244.

SIGUIER, J. de BRUX, CODEAU, LEVY, J.L. BINET, A. THENOT. - Société médicale des Hôpitaux de Paris I963 N° IO, p. 853-858.

.../...

SOERGEL et HENSLEY. - Fatal mesenteric panniculitis.
Gastro enterology I966, 5I, p. 529-536.

STEINBERG B. - Systemic nodular panniculitis.
Am. J. of Pathology I953 29 I059-I08I.

SWANN LANDRY. - Mesenteric panniculitis. The American Surgeon.
Janvier I965 Vol. 3I N° I.

TEDESCHI et BOTTA. - Retractile mesenteritis.
New England Journal of Medicine I962 226 I035.

THOMSON. - Acute idiopathie retroperitoneal fibrosis.
Annals of Surgery I96I N° I53 p. 399-406.

-=-=-=-=-